

金沢市指定地域密着型通所介護

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1770105284】

26.06.01

金沢市指定地域密着型通所介護費

※「金沢市=7級地:1単位=10.14円」
法定代理受領の場合は下記金額の1割または2割または3割。

【規模区分】 地域密着型通所介護		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	1日につき	416単位	4,218円	422円	844円	1,265円
要介護2	1日につき	478単位	4,846円	485円	969円	1,454円
要介護3	1日につき	540単位	5,475円	548円	1,095円	1,643円
要介護4	1日につき	600単位	6,084円	608円	1,217円	1,825円
要介護5	1日につき	663単位	6,722円	672円	1,344円	2,017円

【その他加算・減算】

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	1日につき	56単位	567円	57円	113円	170円
個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ	1日につき	76単位	770円	77円	154円	231円
個別機能訓練加算(Ⅱ)	1月につき	20単位	202円	20円	40円	61円
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき2回まで	160単位	1,622円	162円	324円	487円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月につき	20単位	202円	20円	40円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6月につき	5単位	50円	5円	10円	15円
ADL維持等加算(Ⅰ)	1月につき	30単位	304円	30円	61円	91円
ADL維持等加算(Ⅱ)	1月につき	60単位	608円	61円	122円	182円
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	405円	41円	81円	122円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1日につき	22単位	223円	22円	45円	67円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(ロ)	1月につき	総単位数の 12.7%	左の単位数に 10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割
送迎を行わない場合	片道につき	▲47単位	▲476円	▲48円	▲95円	▲143円

金沢市介護予防型通所サービス・基準緩和型通所サービス

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1770105284】

26.06.01

金沢市基準緩和型通所サービス費

※「金沢市=7級地:1単位=10.14円」
法定代理受領の場合は下記金額の1割または2割または3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1(週1回程度)	1月につき	1,438単位	14,581円	1,458円	2,916円	4,374円
事業対象者・要支援2(週2回程度)	1月につき	2,897単位	29,375円	2,938円	5,875円	8,813円

金沢市介護予防型通所サービス費

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1(週1回程度)	1月につき	1,798単位	18,231円	1,823円	3,646円	5,469円
事業対象者・要支援2(週2回程度)	1月につき	3,621単位	36,716円	3,672円	7,343円	11,015円

【その他加算・減算】

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき	160単位	1,622円	162円	324円	487円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月につき	20単位	202円	20円	40円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6月につき	5単位	50円	5円	10円	15円
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	405円	41円	81円	122円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (週1回利用)	1月につき	88単位	892円	89円	178円	268円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (週2回利用)	1月につき	176単位	1,784円	178円	357円	535円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)口	1月につき	総単位数の 12.5%	左の単位数に 10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割
送迎を行わない場合	片道につき	▲47単位	▲476円	▲48円	▲95円	▲143円

※サービス提供体制強化加算Ⅰは、介護予防型通所サービスのみ算定します。

【介護保険給付対象外サービスの利用】

その他日常生活費	実費
----------	----

内灘町介護予防型通所サービス・基準緩和型通所サービス

重要事項説明書 別紙料金表【事業所番号:1770105284】 26.06.01

内灘町通所型サービス費

※「内灘町=7級地:1単位=10.14円」
法定代理受領の場合は下記金額の1割または2割または3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

従来相当型(4時間未満)		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者・要支援1	1回につき	349単位	3,538円	354円	708円	1,061円
	月額	1438単位	14,581円	1,458円	2,916円	4,374円
事業対象者・要支援2	1回につき	358単位	3,630円	363円	726円	1,089円
	月額	2897単位	29,375円	2,938円	5,875円	8,813円

※月4回まで

※月8回まで

【その他加算・減算】

		(単位数)	費用額 (10割分)	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
口腔機能向上加算(Ⅱ)	1月につき	160単位	1,622円	162円	324円	487円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)	6月につき	20単位	202円	20円	40円	61円
口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)	6月につき	5単位	50円	5円	10円	15円
科学的介護推進体制加算	1月につき	40単位	405円	41円	81円	122円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (事業対象者・要支援1)	1月につき	88単位	892円	89円	178円	268円
サービス提供体制強化加算Ⅰ (要支援2)	1月につき	176単位	1,784円	178円	357円	535円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	1月につき	総単位数の 12.5%	左の単位数に 10.14を乗じた額	左の費用額の1割	左の費用額の2割	左の費用額の3割
送迎を行わない場合	片道につき	▲47単位	▲476円	▲48円	▲95円	▲143円